

DES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DE LA
NÉPHRECTOMIE
DANS LA
TUBERCULOSE RÉNALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 7 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Émile-Hippolyte PALET

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Donzy (Nièvre), le 21 août 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

DES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DE LA
NÉPHRECTOMIE

DANS LA
TUBERCULOSE RÉNALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le jeudi 7 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Émile-Hippolyte PALET

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Donzy (Nièvre), le 21 août 1869.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON, id.
Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (Et.).	
	BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. JABOULAY et ROLLET (Ét.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SOEUR

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

L'idée première de ce sujet revient à M. le professeur Poncet. Ayant eu l'occasion de revoir cette année une jeune fille, à laquelle il avait enlevé le rein droit tuberculeux en 1891, et qui revenait le consulter pour une fistule lombaire, il lui sembla qu'il serait intéressant de rechercher quelle était la valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale, quelle en était la gravité immédiate et quels bénéfices le malade pouvait en retirer. Sur notre demande, il voulut bien nous confier ce travail.

Notre tâche a été facilitée par les observations, rassemblées dans les thèses de MM. Guillaud et Vigneron, nous avons pu trouver beaucoup d'autres cas publiés dans les recueils périodiques, et nous apportons nous-même trois observations inédites.

Notre thèse se divise en plusieurs chapitres :

1° Historique rapide de la néphrectomie dans le traitement de la tuberculose rénale.

2° Considérations générales sur la tuberculose du rein ; ses diverses formes ; son pronostic.

3° Résultats immédiats (statistique, causes de la mort, suites opératoires immédiates dans les cas suivis de guérison).

4° Résultats éloignés (survie, complications).

5° Indications et contre-indications de la néphrectomie dans la tuberculose du rein.

6° Observations inédites.

7° Conclusions.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Poncet, qui, après nous avoir inspiré l'idée de ce travail, nous fait le grand honneur d'en accepter la présidence. Les conseils que ce maître nous a prodigués, l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours témoigné, nous font un devoir de lui adresser nos sincères remerciements.

Nous remercions aussi vivement M. le professeur Ollier, qui a bien voulu nous communiquer l'observation d'une de ses malades.

Que nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Lyon et de l'École du service de santé militaire veuillent bien recevoir l'assurance de notre gratitude pour les excellentes leçons, qu'ils nous ont données.

Enfin, nous tenons aussi à remercier notre ami, le Dr Schneider, dont la connaissance approfondie de langue allemande nous a été si utile.

DES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

DE LA

NÉPHRECTOMIE

DANS LA

TUBERCULOSE RÉNALE

HISTORIQUE

La première néphrectomie pour tuberculose rénale remonte à 1872. L'américain Peters (1) ayant diagnostiqué une pyélite calculeuse droite chez un homme de 36 ans, souffrant depuis seize mois, pratiqua l'ablation du rein malade. Ce rein était tuberculeux. L'opération fut longue et laborieuse et se compliqua d'hémorrhagie. Le malade succomba rapidement à des accidents urémiques.

(1) *New-York. med. Journ.*, 1872.

Jusqu'en 1882, cette opération est bien rarement mise en pratique pour semblable lésion, car Quénu (1), ne réunit alors que quatre cas; mais à partir de cette époque, de nombreuses observations sont publiées. A l'étranger, paraissent successivement les travaux de Morris, de Clarke, de Newmann, puis ceux de Ris, de Bardenheuer, de Madelung, d'Israël, etc.

En France, cette question a fait aussi l'objet de mémoires importants. En 1886, Brodeur (2) rassemble déjà seize cas avec huit succès opératoires. Quatre ans plus tard, Guillaud (3) apporte quatorze observations nouvelles. En 1892, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, Tuffier consacre à la tuberculose rénale un article intéressant, et arrive au chiffre de soixante-cinq cas, ayant donné :

N. lombaires . .	46 cas.	Mortalité. .	28,2 %
N. abdominales .	11 cas.	— . .	36,3 %
N. secondaires. .	8 cas.	— . .	25 %

A la même époque paraît le travail le plus important sur ce sujet. Vigneron (4), dans sa thèse sur *l'intervention chirurgicale dans la tuberculose du rein*, rassemble 104 cas avec 64 guérissons et 40 morts.

Enfin, cette année même, Friedrich-Carl Facklam (5) donne 88 observations, dont 13 inédites, ayant fourni 25 morts du fait de l'intervention.

(1) *Archives de médecine*, 1882. Art. « de la Néphrectomie ».

(2) Thèse de Paris, 1886.

(3) Thèse de Lyon, 1890.

(4) Thèse de Paris, 1892.

(5) Die resultate der wegen Nierenphtisie vorgenommenen Nephrotomien und Nephrectomien. *Archiv. für Klin. chirurgie*, t. XLV, 1893.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur la tuberculose rénale. — Ses diverses formes. — Son pronostic.

La tuberculose rénale revêt deux grandes formes :

La forme aiguë, plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte (Rilliet et Barthez), n'est qu'une des manifestations viscérales de la granulie. Les deux reins sont simultanément envahis par le bacille tuberculeux. Cette forme, purement du ressort médical, ne pourra bénéficier que des divers médicaments recommandés contre la tuberculose.

La forme chronique, appelée par Tuffier « infiltration tuberculeuse du rein », est au contraire, dans certains cas, du domaine de la chirurgie. D'après cet auteur (1), cette forme offre quatre variétés anatomiques :

(1) *Traité de chirurgie*, de DUPLAY et RECLUS, t. VII, article « tuberculose rénale ».

1° La pyélo-néphrite tuberculeuse, forme de beaucoup la plus fréquente;

2° L'infiltration nodulaire du rein;

3° L'hydronéphrose tuberculeuse;

4° La dégénérescence massive du rein.

Il n'entre pas dans notre sujet de décrire ces diverses variétés de la bacillose rénale. Une question plus importante à examiner, au point de vue chirurgical, est la suivante : Le rein peut-il être le siège primitif de l'infection tuberculeuse? ou bien la lésion, après avoir pris naissance dans les voies urinaires inférieures ou dans les organes génitaux, n'envahit-elle que secondairement le rein?

Rien de bien précis n'est encore établi sur ce point, et pour le clinicien, il est souvent bien difficile de porter d'autre diagnostic que celui de tuberculose urinaire.

Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels Cruveilhier, Voillemier, Dolbeau, Guyon, Lancereaux, se sont prononcés en faveur de l'origine ascendante de la tuberculose rénale : la lésion initiale siège, soit dans la vessie, soit dans les organes génitaux, pour remonter par l'uretère jusqu'au rein. Cette forme, dénommée tuberculose rénale secondaire, est parfaitement démontrée par un grand nombre de pièces anatomiques et par les recherches expérimentales d'Albarran (1), qui est parvenu à suivre la marche ascendante des lésions dans les canalicules urinières.

(1) *Bulletin médical*, 1891.

Mais à côté de cette forme, il existe des faits indiscutables de tuberculose primitive du rein. De nombreuses nécropsies démontrent, en effet, la coexistence de tubercules du rein déjà anciens et de granulations beaucoup plus récentes de la vessie ; assez souvent même, on a rencontré des reins tuberculeux, alors que toutes les autres portions de l'appareil génito-urinaire étaient manifestement indemnes. C'est ainsi qu'en 1841, Rayer (1) communiquait déjà des cas où la lésion rénale était primitive. Dickinson (2) note onze reins tuberculeux, en dehors desquels n'existait aucune lésion. Israël (3) rapporte trois cas où, à l'autopsie, il trouva des lésions très anciennes dans le rein, tandis que dans l'uretère et dans la vessie, il n'y avait que quelques granulations récentes, sans traces d'ulcérations ni de cicatrices. Beaucoup d'autres cas ont été publiés, principalement dans les recueils des sociétés savantes. Dans cette forme, admise par Lecorché, Cornil, Brissaud, Bardenheuer, Israël, Czerny, Madelung, etc., l'infection s'opère par la voie sanguine, et débute dans la couche corticale (4).

En somme, le début des lésions est fort variable et nous devons considérer la tuberculose du rein comme étant tantôt primitive, tantôt secondaire :

Quant à dire quel est de ces deux processus le plus fréquent, c'est là une question impossible à résoudre

(1) RAYER. *Traité des maladies des reins*.

(2) DICKINSON. *On renal and urinary affections*.

(3) ISRAËL. *Deutsch. med. Woch.*, 1890, n° 31.

(4) DURAND-FARDEL. Thèse de Paris, 1886.

actuellement. Comme l'a dit Vigneron : « Sur le vivant, à part quelques chirurgiens dans ces derniers temps, on n'établit point d'autre diagnostic que celui de tuberculose urinaire ou génito-urinaire.... A l'autopsie, on n'établissait pas plus le diagnostic; au moins dans l'immense majorité des cas, soit que ce diagnostic fût rendu impossible par l'état avancé des lésions de tout l'appareil urinaire, soit qu'on négligeât de se rendre compte de l'âge des lésions dans la vessie, d'une part, dans le rein, d'autre part ». D'après les observations de tuberculose du rein avec néphrectomie, la forme primitive semble être la plus fréquente, mais c'est uniquement parce que cette forme est le plus souvent seule justiciable de l'ablation du rein.

D'ailleurs, dans la forme primitive, l'infection ne demeure point toujours cantonnée au rein; elle s'étend successivement à l'uretère, à la vessie, à la prostate, aux vésicules séminales, aux testicules et aux épidiymes, de sorte qu'à une période plus ou moins avancée de la maladie, on se trouve en présence, non plus d'une tuberculose du rein proprement dite, mais d'une tuberculose des organes génito-urinaires.

C'est pourquoi il est universellement admis que la tuberculose exclusivement rénale est une rareté.

L'organe le plus souvent lésé est l'uretère; il est volumineux, induré et bosselé; son canal, souvent rétréci, est parfois même oblitéré. En nous basant sur les observations suivies d'autopsie, nous avons trouvé que l'uretère était atteint dans 80 %, au minimum des néphrectomies malheureuses pour tuberculose.

La vessie est aussi fréquemment malade. Tantôt elle n'est que congestionnée, tantôt elle est le siège d'altérations tuberculeuses, que l'on rencontre principalement au niveau du col. Vigneron a cherché à se rendre compte dans quelle proportion la vessie participait aux lésions rénales au moment de l'opération; sur 23 tuberculoses primitives du rein opérées, il a trouvé 11 fois la vessie saine et 12 fois tuberculeuse. La vessie était donc malade dans la moitié des cas environ.

En dehors des voies urinaires, ce sont les organes génitaux, qui sont lésés le plus souvent, principalement chez l'homme. La tuberculose génitale est, en effet, exceptionnelle chez la femme. Sur 41 autopsies, Guyon (1) a rencontré 14 tuberculoses urinaires pures et 27 tuberculoses génito-urinaires; il s'agissait la plupart du temps de tuberculose secondaire du rein.

Enfin, il est très important pour le chirurgien de connaître quelle est la fréquence de la bilatéralité de la lésion. La tuberculose rénale est ordinairement unilatérale, et le rein droit est plus souvent envahi que son congénère.

Roberts ...	Sur 32 autopsies,	43 fois T. unilat.,	19 fois T. bilat.		
Dickinson.	— 95	— 48	— 47	—	
Morris	— 15	— 8	— 7	—	
Guyon	— 12	— 8	— 4	—	
Gaultier ...	— 51	— 22	— 29	—	

La réunion de ces statistiques nous donne sur 205 cas 99 fois l'unilatéralité de la lésion, soit environ une fois sur deux. Mais ce sont là des résultats

(1) *Annales des organes génito-urinaires*, 1891.

fournis au moment de la mort; la tuberculose avait eu le temps d'évoluer et d'envahir le second rein. Au moment où l'on songe à pratiquer la néphrectomie, la lésion est moins souvent bilatérale; sur 42 autopsies post-opératoires, nous n'avons trouvé que 22 fois les deux reins tuberculeux. Mais nous devons aussi regarder comme sain le second rein des 85 malades guéris par l'opération, et nous voyons ainsi que sur 100 cas de tuberculose rénale, où l'on a eu recours à la néphrectomie, 16 fois seulement les deux reins étaient envahis. Parfois, le second rein était atteint de pyélite calculieuse (2 cas), ou de dégénérescence amyloïde (3 cas).

La tuberculose rénale a une durée moyenne de deux à trois ans. Roberts, sur 35 cas, cite :

Cinq morts dans les six premiers mois.

Cinq morts entre six et douze mois.

Trois morts entre un an et deux ans.

Un seul a survécu au delà.

Le malade succombe tantôt aux progrès de la cachexie, causée par une suppuration prolongée, tantôt à des accidents urémiques, tantôt enfin à la généralisation tuberculeuse.

La guérison est cependant possible, elle est due à la transformation fibreuse ou crétacée des granulations (Cruveilhier, Lebert, Madelung); mais elle est exceptionnelle, et n'est plus guère possible au moment où l'intervention chirurgicale est parfaitement indiquée.

CHAPITRE II

Résultats immédiats de la néphrectomie dans la tuberculose rénale.

Contre la tuberculose du rein, le chirurgien dispose de deux opérations : de la néphrotomie et de la néphrectomie.

La néphrotomie consiste dans la simple incision de la tumeur rénale. Applicable à tous les cas, cette opération est imparfaite : elle favorise l'élimination du pus et des matières caséuses accumulées dans le rein, mais laisse en place le foyer infectieux et donne souvent lieu à une fistule persistante (d'après Tuffier, 18,2 % des néphrotomisés gardent une fistule), qui incommoder beaucoup le malade. La néphrotomie rend cependant de réels services, services d'autant plus appréciables que, dans certains cas, elle permettra de recourir plus tard à la néphrectomie secondaire.

La néphrectomie, au contraire, consistant dans

l'extirpation du rein lésé, supprime d'emblée ce foyer infectieux, qui menace d'ensemencer l'organisme entier. A l'heure actuelle, la majorité des chirurgiens considère cette opération comme la méthode de choix; mais comme nous le verrons plus loin, elle ne peut être mise en pratique chez tous les « tuberculeux rénaux ».

Nous avons pu trouver 136 néphrectomies pratiquées pour tuberculose du rein. Les résultats signalés donnent 85 guérisons et 51 morts, soit une mortalité générale de 37,5.

1° Néphrectomies primitives 110 cas.

Mortalité opératoire : 32 cas = 29 %

— générale : 42 cas = 38,18 %

a) N. lombaires : 88 cas.

Mortalité opératoire : 24 cas = 27,2 %

— générale : 33 cas = 37,5 %

b) N. abdominales : 22 cas.

Mortalité opératoire : 8 cas = 38,04 %

— générale : 9 cas = 40,9 %

2° Néphrectomies secondaires. 26 cas.

Mortalité opératoire : 6 cas = 23 %

— générale : 9 cas = 34,6 %

Parmi ces 136 néphrectomies, quelques-unes ont été pratiquées dans le cas de tuberculose rénale secondaire, le plus souvent alors les résultats ont été malheureux, et à la nécropsie, on a trouvé des lésions anciennes dans la vessie, le second rein était aussi malade et souvent les poumons étaient pris.

D'après notre statistique, nous voyons que la néphrectomie secondaire offre moins de gravité que la néphrectomie primitive : la mort est moins souvent due à la bilatéralité de la lésion, ce qui, à notre avis, est attribuable à un diagnostic plus exact, relatif à l'état du second rein.

Causes de la mort.

1° Le plus fréquemment, la mort est due à ce que le second rein est aussi malade. Le parenchyme rénal, nécessaire à la fonction urinaire, se trouve dès lors insuffisant et les matériaux de désassimilation, qui normalement devraient être éliminés par les urines, s'accumulent dans l'organisme et provoquent des accidents urémiques. La mort survient alors plus ou moins rapidement : en quelques heures, si l'opéré n'a point uriné ; en quelques jours, si les quantités d'urines émises sont trop faibles.

Sur les 51 cas mortels, que nous avons rencontrés, 17 sont attribuables à cette cause, soit 33 % environ.

Le plus souvent (12 cas), le second rein était comme le rein extirpé le siège d'altérations bacillaires.

Dans deux cas (Schuchardt, Gersony) où la néphrectomie n'avait été que secondaire, l'autopsie révéla la présence de calculs dans le rein supposé sain.

Enfin, dans trois cas, le second rein avait subi la dégénérescence amyloïde (2 cas de Doyen (1), 1 cas

(1) *Semaine médicale*, 1889, p. 181.

de Bardenheuer (1), où la mort n'est survenue que deux ans après l'opération).

2° L'extirpation d'un rein est souvent suivie d'un état de dépression plus ou moins accentué, capable d'emporter le malade. C'est ainsi que dans 11 cas le choc opératoire occasionna la mort en quelques heures seulement, et à la nécropsie, on ne trouva parfois aucune lésion ni dans le second rein, ni ailleurs, qui pût expliquer cette mort rapide. Pour M. le professeur Ollier (2), les phénomènes du « shock » sont d'ordre réflexe et doivent vraisemblablement être attribués à la section et à la constriction du plexus rénal. La lecture attentive des observations nous a fait connaître qu'il s'agissait alors le plus souvent de malades profondément affaiblis et dont le début de l'affection remontait à une date éloignée.

Le « shock » fatal semble plus fréquent quand le chirurgien enlève le rein par la voie abdominale que lorsqu'il a recours à la voie lombaire. La voie abdominale donne, en effet, une mortalité de 19 %, tandis que par la voie lombaire le shock n'entraîne la mort du sujet que dans 7,86 % des cas.

3° La tuberculose généralisée a causé la mort dans 10 cas : 8 fois dans les six premiers mois qui suivirent l'opération ; un malade de Madelung a survécu huit mois. Enfin, Facklam cite le cas d'une femme,

(1) *Mitteilungen aus dem kölner Bürgerhospital*, 1890, p. 57, et thèse de VIGNERON : obs. 55.

(2) Communication à la Société de médecine de Lyon, séance du 16 novembre 1885.

opérée par Heussner, qui a succombé au bout d'une année à une méningite tuberculeuse.

4° Dans quatre cas, la mort est survenue accidentellement, soit au cours de l'opération, soit ultérieurement. Dans un cas (Thornton) (1) l'opéré a succombé rapidement à une hémorrhagie veineuse. Les vaisseaux rénaux adhéraient fortement à la veine cave inférieure, dont une partie de la paroi fut prise dans la pince posée sur ces vaisseaux; en enlevant le rein, le morceau de paroi pincé fut sectionné en même temps que le pédicule du rein.

Un malade de Czerny est mort au bout de huit jours de péritonite et de septicémie.

Enfin, dans deux observations, on note l'ouverture d'un abcès perinéphrétique dans l'intestin : Chez une malade d'Israël (2), le côlon descendant fut perforé quinze jours après l'extirpation du rein, mais la malade ne succomba que dix mois plus tard à des troubles gastriques. Une opérée de Von Muralt mourut, au bout de quinze jours, des suites d'une perforation du duodénum.

5° Les sept autres décès se sont produits rapidement, mais l'autopsie n'ayant point été pratiquée, le motif de la mort est resté inconnu. Nul doute que dans la plupart de ces cas le second rein devait être aussi tuberculeux.

(1) Thèse de VIGNERON. Obs. 109.

(2) ISRAËL. *Deutsch. med. Woch.*, 1890.

DES SUITES OPÉRATOIRES DANS LES CAS SUIVIS
DE GUÉRISON.

1° *Fonction urinaire.* — Le rétablissement des quantités physiologiques d'urine et d'urée s'opère plus ou moins rapidement, suivant que le rein extirpé rendait encore quelques services ou bien ne fonctionnait plus, soit que son parenchyme fût entièrement détruit, soit que l'uretère fut oblitéré. Le rein opposé s'hypertrophie peu à peu, pour pouvoir suffire au surcroît de travail, qui lui incombe.

Les néphrectomisés ont en général, pendant les premiers jours, une oligurie passagère.

Quant à la composition des urines, elle est fort variable suivant les opérés : au début, elles renferment toujours de l'albumine; tantôt elles redeviennent assez promptement claires et limpides, tantôt elles continuent à présenter un léger trouble.

Les mictions deviennent peu à peu moins fréquentes et cessent d'être douloureuses, à moins que la vessie ne soit aussi malade, auquel cas ces symptômes persistent, mais à un degré moins accusé.

2° *Douleurs.* — Les crises douloureuses, qui souvent déterminent le chirurgien à intervenir hâtivement, s'amendent promptement, à la grande satisfaction du malade, qui peut dès lors jouir du sommeil, mais elles peuvent réapparaître plus tard le long de l'uretère, comme le prouve notre observation I.

3° *État général.* — En même temps que la fièvre disparaît, l'état général, toujours mauvais avant l'opération, s'améliore peu à peu; les forces et l'embonpoint reviennent, et souvent l'opéré peut quitter l'hôpital, avant même que sa plaie soit complètement cicatrisée.

En somme, si dans beaucoup de cas la néphrectomie occasionne la mort, dans un plus grand nombre de cas encore, elle procure au malade une amélioration notable; mais cette amélioration persistera-t elle et peut-on considérer l'opéré comme complètement guéri? C'est ce que va nous apprendre l'étude des suites éloignées.

CHAPITRE III

Des résultats éloignés de la néphrectomie dans la tuberculose rénale.

Parmi les 85 guérisons, que nous avons pu rencontrer, beaucoup n'ont aucune valeur au point de vue des suites éloignées. Un grand nombre d'observations, en effet, ont été publiées rapidement, alors que le malade était toujours en traitement ou dans les premiers mois après l'intervention. A ce moment, l'opéré allait bien, mais les mictions demeuraient assez fréquentes, les urines étaient encore légèrement purulentes, la cicatrisation de la plaie n'était point complète, et il existait encore un ou plusieurs petits trajets fistuleux. Dans ces cas, au nombre de 25 au minimum, la néphrectomie a procuré aux malades une réelle amélioration, mais il est permis de douter de la guérison définitive, et nous croyons qu'un bon nombre a dû succomber, dans la suite, aux progrès des lésions urinaires ou pulmonaires qui exis-

taient souvent au moment de l'intervention. Facklam en cite plusieurs cas. Bardenheuer rapporte l'observation d'un de ses opérés, qui a conservé une fistule et qui est mort au bout de deux ans de dégénérescence amyloïde du second rein.

D'autres observations, au contraire, nous prouvent que la guérison peut se maintenir pendant une ou plusieurs années avec un état général excellent et un état local satisfaisant.

Dans 16 cas, l'opération remonte à plus de six mois.

— 12	—	—	à un an.
— 6	—	—	à deux ans.
— 6	—	—	à trois ans.
— 7	—	—	à quatre ans.
— 1	—	—	à cinq ans.
— 3	—	—	à six ans.

Enfin, dans deux cas (Bardenheuer) (1), (Martin) (2), le malade vivait encore huit ans après l'intervention.

Beaucoup de ces opérés ont pu reprendre leur travail, vaquer à leurs occupations; une malade de Thornton a pu se marier et mener à terme une grossesse. Comme l'a dit Tuffier, ces malades vivent de la vie commune et par conséquent leur rein unique élimine normalement tous les produits de désassimilation qui résultent du travail musculaire.

D'après ces résultats, nous nous croyons en droit d'affirmer que la néphrectomie pour rein tuberculeux peut donner, plus que des guérisons apparentes et

(1) BARDENHEUER. *Loc. cit.*, p. 23.

(2) *Berlin. klinisc. Woch.*, 1890, n° 24.

temporaires, des guérisons radicales et définitives. A ce sujet, nous rapporterons ici une observation très concluante de Bardenheuer : c'est le cas d'un petit malade, qui reste guéri pendant trois ans, qui succombe alors à la scarlatine et à l'autopsie duquel on ne rencontre aucune trace de lésion tuberculeuse.

Enfant (1), 4 ans. Sans antécédents. Malade depuis trois semaines. Au cours d'une bronchite, apparition d'une tumeur dans la région lombaire gauche. Cette tumeur, très douloureuse, faisait pousser des cris à l'enfant au moindre mouvement et surtout quand on le soulevait par les bras ou qu'on le frictionnait. L'état général excellent jusque-là devenait très mauvais en quelques jours.

A son entrée, l'enfant est pâle, a les traits tirés ; il se couche replié en deux et pousse des cris au moindre attouchement. On trouve dans la région lombaire gauche une tumeur volumineuse, que la douleur empêche d'explorer. Sous le chloroforme, on reconnaît que cette tumeur remplit tout l'espace situé entre le diaphragme et le bassin ; elle est très-tendue et élastique au toucher. Pas de fièvre ; l'urine est trouble, acide ; elle contient de l'albumine et du sang, des corpuscules de pus, des amas caséux et des bactéries bacilliformes.

Néphrectomie lombaire (20 avril 1882). Incision dans la ligne axillaire gauche, partant de l'extrémité antérieure de la 11^e côte et allant jusqu'à la crête iliaque. Une deuxième incision perpendiculaire à la première est faite en arrière, parallèle à la crête iliaque. Une ligature en masse est passée sur les vaisseaux et le pédicule du rein, qui est alors extirpé.

A la surface du rein, taches jaune terne ; rein très-anémié et friable ; dans la couche corticale, un foyer cunéiforme caséux. Plaie bourrée de gaze au thymol.

(1) Nous empruntons la traduction de cette observation à la thèse de M. Vigneron (obs. 41).

Suites. — Le soir, l'enfant est très faible, il n'a pas uriné.

Le 21 avril, même état général. Urine légèrement acide, contenant beaucoup de sels, des bactéries, des globules blancs du sang et des détrit. Température presque normale.

29 avril. — L'état général s'améliore tous les jours. La face est un peu bouffie, le ventre météorisé, l'urine est claire. Pas de température.

8 mai. — Il ne reste plus qu'une plaie superficielle granuleuse, dont la cicatrice est complète le 4 juillet.

L'enfant se lève.

14 octobre. — L'enfant quitte l'hôpital guéri.

Bardenheuer dit avoir revu son petit opéré vers le milieu de 1885. Il était très bien portant, tout en restant anémique; c'était d'ailleurs un petit misérable. La cicatrice restait solide, sans aucune tendance à la hernie, bien qu'il ne portât point de bandage. Malheureusement, l'enfant mourut de scarlatine à la fin de 1885.

Dans le rein droit, hypertrophie compensatrice et lésions de la néphrite scarlatineuse aiguë.

Mais est-ce à dire que l'ablation du rein malade mette pour toujours l'opéré à l'abri de la tuberculose? Certes non. Chaque jour dans les hôpitaux, nous voyons des malades, jadis porteurs d'une lésion tuberculeuse locale dont la guérison avait été complète, revenir se faire traiter pour une nouvelle lésion de même nature. La néphrectomie, comme toutes les autres opérations pour tuberculose locale, n'a aucune action sur la tuberculose; après, comme avant l'intervention, le malade reste prédisposé à cette grave affection. Ainsi, trois opérés de Madelung, après avoir vécu longtemps sans présenter le moindre symptôme, succombèrent à des lésions bacillaires du second rein, l'un au bout de vingt et un mois, les deux autres au bout de trois ans.

Chez deux malades (Riedel, Mandach), deux ans après la néphrectomie, apparition d'une épididymite tuberculeuse, qui nécessita la castration. Chez l'opéré de Riedel, l'état général s'aggrava graduellement depuis cette seconde opération.

Enfin, Mandach cite l'observation d'une malade qui resta guérie pendant deux ans et à laquelle il pratiqua alors l'extirpation des deux ovaires qui étaient tuberculeux.

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES. — *Fistules.*

Autant il est fréquent de rencontrer une fistule persistante après la néphrotomie pour pyonéphrose tuberculeuse, autant cette complication est rare après la néphrectomie. D'après nos recherches, dans 15 cas seulement l'opéré a conservé une fistule : 10 fois cette fistule ne fut que temporaire, car elle disparut spontanément dans un délai de trois à seize mois ; 5 fois elle fut définitive (fistules temporaires dans 11,7 % des cas ; fistules définitives dans 5,8 %).

D'après Tuffier (1), la constitution d'une fistule doit être attribuée le plus souvent à une intervention trop tardive. Elle peut tenir à plusieurs causes :

1° Si, après une longue suppuration, le tissu périrénal a subi des modifications qui l'empêchent de revenir sur lui-même, l'accolement des parois de la

(1) TUFFIER. Communication au Congrès de chirurgie, 1893.

poche est impossible et la fistule se produit infailliblement.

2° Dans le cas de fistule persistante, nous pensons qu'il s'agit le plus souvent d'une urétérite tuberculeuse étendue. Jusqu'ici les auteurs se sont peu préoccupés de cette question. Dans une communication faite au dernier Congrès de chirurgie, Tuffier admet que des lésions de l'uretère peuvent favoriser la constitution d'une fistule après la néphrectomie. Cette année même, M. Paul Reynier (1) a pratiqué une urétérectomie totale chez un homme atteint de pyonéphrose, probablement d'origine typhique, auquel il avait enlevé quelque temps auparavant le rein malade; à la suite de cette dernière opération, une fistule avait persisté et le malade avait continué à ressentir des douleurs le long de l'uretère.

Dans notre observation I, notre maître, M. Poncet, a également enlevé l'uretère droit chez une jeune fille, à laquelle il avait fait l'extirpation du rein droit tuberculeux deux ans et demi auparavant. Une fistule persistait, fistule que le débridement avec curettage profond ne put faire disparaître. La malade est maintenant complètement guérie.

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, mars 1893.

CHAPITRE IV

Indications et contre-indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale.

La connaissance des résultats immédiats et éloignés de la néphrectomie dans la tuberculose rénale nous permet maintenant de tirer des interventions antérieures l'enseignement qu'elles comportent.

Ici, comme dans toute tuberculose suffisamment localisée, plus l'intervention sera précoce, plus les chances de réussite seront grandes, car la lésion bacillaire sera alors plus limitée, les chances de shock fatal seront diminuées et ultérieurement la généralisation tuberculeuse sera beaucoup moins à redouter.

Mais avant de songer à intervenir, il faut nécessairement établir le diagnostic le plus précis. A la période initiale de l'affection, les symptômes (douleurs vagues dans la région rénale, léger trouble des urines, hématuries faibles) sont nuls ou si peu accusés, que le diagnostic offre les plus grandes difficultés et est

même impossible (Israël, Madelung); à la période d'état, au contraire, les symptômes s'accroissent et rendent la tuberculose rénale plus facile à reconnaître. Le rein envahi par la suppuration, augmente progressivement de volume, les phénomènes de rétention purulente s'accompagnent de douleurs violentes et de fièvre, l'état général du malade commence à faiblir, c'est alors que le chirurgien doit décider à quelle intervention il aura recours : enlèvera-t-il le rein malade, ou se bornera-t-il à inciser la tumeur rénale ?

Après avoir conclu à l'existence d'une altération rénale et à sa nature tuberculeuse, le clinicien doit s'assurer de l'existence du second rein (le rein unique est une rareté; néanmoins, on doit compter avec cette anomalie) et de son état. C'est là une question capitale dont dépend le plus souvent le résultat opératoire, car la moindre lésion de ce second rein, quelle que soit sa nature, est une contre-indication absolue à la néphrectomie. Lange (1) admet que, même dans les cas où les deux reins sont malades, il faut pratiquer la néphrectomie, si les symptômes exigent une intervention rapide.

Dans tous les cas où l'unilatéralité de la lésion n'aura pu être reconnue, mieux vaut tout d'abord recourir à la simple ouverture de la tumeur rénale « plutôt que de supprimer d'emblée et complètement un rein, au risque de laisser tout le travail de la sécrétion urinaire à son congénère, peut-être lésé (Ollier) ».

(1) LANGE. *New. med. Jour.*, 1887.

Ce sera, en quelque sorte, pratiquer une néphrotomie exploratrice ; car, comme le dit Tuffier, si dans la suite l'écoulement urinaire est peu abondant par la fistule et si, d'autre part, l'urine émise par le rein opposé est normale tant comme quantité que comme qualité, la néphrectomie secondaire est indiquée et doit être précoce. De plus, la néphrotomie laisse souvent une fistule dont le malade ne demande qu'à être débarrassé.

Les altérations de la vessie ou des autres portions de l'appareil uro-génital, fréquentes chez les tuberculeux rénaux, n'empêchent point formellement d'enlever le rein malade. Beaucoup d'observations, en effet, nous prouvent que des sujets, dont les voies urinaires inférieures étaient manifestement envahies, ont pu largement bénéficier de cette opération.

Il en est de même de l'état général du malade, des lésions pulmonaires ou pleurales. C'est au chirurgien de juger, suivant le degré de ces lésions, s'il doit ou non recourir à la néphrectomie. Pour Brodeur, les lésions pulmonaires, même avancées, ne sont pas une contre-indication absolue à l'ablation du rein.

La néphrectomie décidée, le chirurgien a le choix entre deux voies pour intervenir : la voie abdominale et la voie lombaire.

En nous basant uniquement sur nos relevés statistiques, nous condamnons la voie transpéritonéale, car elle donne une mortalité opératoire beaucoup trop élevée et expose davantage au shock fatal.

Avec la plupart des chirurgiens et avec notre maître, M. Poncet, nous conseillons la voie parapérito-

néale. La voie lombaire proprement dite nécessite, en effet, assez souvent la résection d'une ou plusieurs des dernières côtes et par suite expose à l'ouverture du cul-de-sac pleural qui se trouve en contact intime avec elles.

Enfin, la décortication sous-capsulaire du rein, instituée par M. le professeur Ollier, permettra, dans les cas d'adhérences intimes de la capsule au tissu périrénal, d'éviter plusieurs accidents opératoires, tels que ouverture du péritoine, déchirure des vaisseaux.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I (inédite et personnelle).

Jeune fille, 28 ans, demeurant à Chalon-sur-Saône.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Aucune affection dans l'enfance.

A 10 ans, elle reçut un violent coup de parapluie dans la région lombaire droite, qui l'obligea à prendre quinze jours de repos. Rougeole à 19 ans. Jamais d'affections pulmonaires.

A 17 ans (juillet 1882), première crise douloureuse dans la région rénale droite (vésicatoires, séjour à la campagne).

En 1885, réapparition des douleurs rénales. La malade s'aperçoit alors qu'elle urine fréquemment et que les mictions sont accompagnées d'une sensation de brûlure ; les urines sont alors légèrement purulentes, mais ne sont pas teintées de sang. A cette époque, les douleurs rénales sont continuelles et assez accusées.

Six mois plus tard, nouvelles crises douloureuses, que la malade qualifie de douleurs atroces : les unes durent de 12 à 15 heures et se répètent peu souvent (tous les trois mois environ) ; les autres, plus courtes, réapparaissent fréquemment.

L'examen des urines est alors fait : albumine, quelques corpuscules de pus ; mais on ne recherche pas les bacilles.

Durant l'été de 1888, elle vient à Lyon consulter les D^{rs} Rambaud et Rollet, qui lui font suivre le traitement suivant : grands bains chauds tous les jours, capsules de santal. Légère amélioration des symptômes vésicaux, mais persistance des douleurs rénales.

En février 1889, nouvelle crise douloureuse ; le médecin de la famille constate alors que le rein droit est augmenté de volume.

Jusqu'en 1890, les crises restent assez espacées, mais il existe des douleurs continuelles peu accusées. A cette époque, elle est envoyée aux eaux de Pougues ; à son retour, elle ne constate aucune amélioration.

En septembre 1890, aggravation des symptômes : violents frissons. L'état général devient très mauvais ; inappétence, amaigrissement. Les mictions sont alors très fréquentes (elles se renouvellent toutes les dix minutes environ). Urines franchement purulentes, un peu sanguinolentes. Le 28 octobre, elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Poncet.

Le 5 novembre, M. Poncet pratique, après anesthésie, l'incision de la tumeur rénale : écoulement de pus et d'amas caséeux. Pendant un mois, amélioration très notable ; la malade rentre chez elle avec une fistule par laquelle s'écoule du pus et de l'urine. Peu après, les douleurs réapparaissent ; elles sont continuelles et violentes ; les urines sont assez claires.

Elle rentre alors à l'Hôtel-Dieu, le 28 février 1891. Après un examen attentif de la malade, M. Poncet pratique l'ablation du rein malade (2 mars).

Le rein enlevé était tuberculeux.

Suites opératoires simples ; les urines redeviennent claires ; les mictions cessent d'être fréquentes. L'état général reprend. Au bout de trois semaines, elle quitte l'hôpital ; sa plaie n'est point cicatrisée ; un mois plus tard, il ne reste plus qu'une petite fistule. Jusqu'en février 1893, l'état de la malade est assez satisfaisant ; de temps en temps, elle ressent cependant des douleurs le long de l'uretère droit. A cette date, les besoins d'uriner deviennent plus fréquents ; pollakiurie.

Au mois d'avril (1), elle revient consulter M. Poncet, qui pratique chez cette malade, après anesthésie, un débridement avec curettage profond : il entraîne ainsi de nombreuses fongosités d'apparence tuberculeuse ; la plaie est alors tamponnée avec de la gaze iodoformée.

A la suite de cette intervention, on put croire pendant quelque temps que la fistule serait complètement fermée ; il n'en fut rien cependant, et quoique l'écoulement purulent fût moins abondant, la fistule était cependant pour la malade une infirmité, qui la préoccupait beaucoup.

A la fin de septembre 1893, la malade revient voir M. Poncet, qui constate de nouveau l'existence d'une fistule lombaire ; la pression dans la fosse iliaque droite et sur le trajet de l'uretère provoquait en outre de la douleur, que la malade disait être parfois spontanée. L'exploration la plus attentive de la région ne révélait cependant aucune particularité pathologique.

Supposant que des lésions de l'uretère entretenaient la fistule et que ces altérations s'étendaient au loin, et tenant compte des douleurs sur le trajet de ce conduit, M. Poncet pratiqua l'uretèrectomie totale, avec l'assistance de son chef de clinique, M. le Dr Curtillet.

Il n'existait point, du côté de la cavité de l'uretère, d'ulcérations tuberculeuses, mais les parois de ce canal étaient épaisses et scléreuses, et cela dans toute sa longueur.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et à la date où nous écrivons, la plaie est à peu près complètement cicatrisée et la malade peut être considérée comme guérie.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur OLLIER.)

Jeanne C., 26 ans, domestique, demeurant dans l'Allier, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Pierre, lit n° 11, le 24 décembre 1892, sortie le 22 mars 1893.

(1) Ces derniers renseignements sont dus à l'obligeance de M. le professeur Poncet.

Pas d'antécédents héréditaires.

La malade, atteinte dans son enfance d'une fièvre grave dont elle ne peut préciser les symptômes, a présenté des symptômes évidents de scrofule (adénites cervicales non suppurées). Elle aurait craché du sang à l'âge de 20 ans.

Depuis deux ans, point douloureux assez vague, siégeant dans la région rénale gauche, néanmoins, elle peut continuer son travail. Depuis un an, amaigrissement marqué et sueurs profuses la nuit.

Il y a deux mois (sept. 1892), hématuries à la fin de la miction (un verre environ d'un sang noir non coagulé). En même temps, les douleurs lombaires deviennent violentes, surtout la nuit; envies fréquentes d'uriner. Pas de rétention, mais irrégularités marquées dans les quantités d'urine excrétée. L'urine devient nettement purulente.

Menstruation jusque-là régulière, supprimée depuis ce temps-là. Elle consulte alors un médecin, qui constate une tumeur dans la région rénale gauche, et qui lui conseille d'entrer dans le service.

Actuellement (24 déc. 1892), on sent à la palpation et on distingue à la vue, soit en avant au-dessous des fausses côtes, soit en arrière dans la région lombaire, une tuméfaction volumineuse, de forme rénale, elliptique, à grand axe vertical. Palpation douloureuse; ballottement.

Pas de signes de péritonite. La malade va régulièrement à la selle. Rien de particulier du côté du rein droit; pas d'hypertrophie sensible; aucune douleur à la palpation, même profonde.

29 décembre. — 400 grammes d'urine par 24 heures.

30. — 1,200 grammes d'urine par 24 heures.

1^{er}, 2 et 3 janvier. — 400 grammes d'urine chaque jour.

5 et 6 janvier. — 800 grammes chaque jour.

7. — Elle a peu d'appétit et prend un aspect cachectique. Douleurs spontanées violentes dans la région rénale.

13. — Analyse des urines. Beaucoup d'albumine, pas de sucre, beaucoup de pus, pas de bacilles.

Poumons: pas de lésions marquées.

9 février. — 600 cent. cubes d'urine très trouble en

24 heures. Pus, 50 à 60 cent. cubes ; albumine, 1 gramme par litre.

10. — *Néphrectomie sous-capsulaire.* — Incision verticale allant de la crête iliaque à la douzième côte, au niveau du bord interne du carré des lombes ; incision horizontale de la paroi abdominale partant du tiers inférieur de l'incision précitée. On arrive sur l'atmosphère cellulo-graisseuse, que l'on écarte, puis sur la capsule fibreuse du rein. Ponction avec un gros trocart, laissant échapper un pus abondant et très fétide. On décortique alors soigneusement la tumeur, en laissant la capsule. On lie fortement le hile avec un fil double et un fil simple qu'on laisse au dehors.

Drainage ; mèches de gaze iodoformée dans la cavité et sortant en dehors. Points de suture de la paroi et de la peau.

11. — 200 cent. cubes d'urine ; pas de pus, un peu de mucus. La malade a vomi deux ou trois fois dans la nuit. Pas de phénomènes réflexes, ni vaso-moteurs.

12. — 400 cent. cubes d'urine un peu purulente.

13. — Idem.

14. — 600 cent. cubes d'urine avec 7 grammes d'urée totale. Pansement ; pas de pus, la réunion commence à se faire.

15. — 200 cent. cubes d'urine, urée, 4 gr. 20. La malade commence à avoir de l'appétit.

16. — 170 cent. cubes d'urine ; urée, 16 grammes par litre.

17. — 1,100 cent. cubes d'urine ; urée, 12 gr. 81.

18. — 700 cent. cubes d'urine ; urée, 7 gr. 83.

19. — 1,200 cent. cubes d'urine ; urée, 12 gr. 65.

20. — 1,300 cent. cubes d'urine. Pansement ; pas de pus, pédicule toujours solide. On met un drain.

Du 21 février au 5 mars, les quantités d'urine émises varient entre 900 et 1,600 cent. cubes. Proportion d'urée normale.

27. — Pansement : lavage boricé. Pas de douleurs à la pression ; pédicule solide. État général excellent.

10 mars. — Appétit excellent ; pas de fièvre ; état nerveux bizarre avec irritabilité excessive, qui la fait pleurer pour

tout. Urines normales comme proportion d'urée et comme quantité.

22. — La malade quitte l'hôpital. Bon état local, le pédicule n'est pas encore détaché et elle part avec les fils sortant toujours par la plaie, à peu près complètement cicatrisée. État mental assez grave, manie de la persécution.

Suites éloignées. — Le 16 novembre, cette malade nous écrivait : « Ma santé est meilleure, j'ai bon appétit; mes forces n'ont point repris et je ne puis travailler. Quant à ma plaie, elle n'est point guérie, par moment elle se referme, puis s'ouvre de nouveau. Aucune douleur dans l'abdomen. J'urine encore assez fréquemment et mes urines sont claires. Mes règles sont revenues au mois de mai et m'ont donné des douleurs dans les membres inférieurs, mais ces douleurs ont complètement disparu depuis que j'ai consulté un médecin. »

OBSERVATION III (1).

F..., ménagère, 25 ans, demeurant dans Saône-et-Loire, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 14 décembre 1891, salle Saint-Paul, lit n° 100.

Aucun antécédent héréditaire nettement tuberculeux; père mort il y a quinze ans de pneumonie.

Antécédents personnels. — Pas d'affection dans l'enfance, pas de scrofule particulièrement. Mari bien portant, âgé de 35 ans. Deux enfants bien portants, âgés de 3 et 1 an. Fausse couche au deuxième mois, il y a deux ans; elle fut alors très affaiblie et dut garder le lit pendant quinze jours, par suite de pertes blanches.

Trois semaines après son dernier accouchement (septembre 1890), douleurs en urinant, mictions fréquentes. Les urines étaient encore claires.

L'état se maintient sans grande aggravation jusqu'en

(1) Cette observation a été publiée dans le *Lyon médical* (1892, p. 288), par M. Rivière, mais le résultat ne fut pas donné.

août 1891, époque à laquelle elle ressentit des crises douloureuses, durant de 4 à 5 heures, qualifiées de coliques néphrétiques par le médecin. Dans les urines, dépôt purulent. Ces coliques persistèrent deux mois (injections de morphine, eau de Vichy, régime lacté).

En octobre, disparition des crises; souffrance constante localisée au même point. Au même moment, apparition dans la région lombaire droite d'une tuméfaction douloureuse à la palpation; pollakiurie (la malade urine toutes les vingt minutes). La température axillaire s'élève rapidement à 40°, et s'y maintient malgré l'antipyrine et la quinine. De plus, amaigrissement considérable, inappétence, insomnie.

Actuellement (15 déc. 1891), les symptômes se seraient légèrement amendés depuis quinze jours. Jamais d'hématuries; urines teintées de sang depuis quelques jours seulement. 1,200 grammes d'urine mélangée de sang et d'une grande quantité de pus (urines des 24 heures).

La malade est pâle, les lèvres décolorées; elle paraît très affaiblie.

Dans la région lombaire, tumeur allongée, donnant à la palpation une sensation d'empâtement sans fluctuation et provoquant une douleur très vive. Au toucher vaginal, les culs-de-sac paraissent libres; cependant en avant, la vessie semble volumineuse, indurée, douloureuse, mais en masse et sans que l'on puisse délimiter de tumeurs; dans le cul-de-sac latéral droit, une tumeur douloureuse semble être sur le trajet des uretères.

Diagnostic. — Pyélo-néphrite calculeuse droite.

Néphrectomie par voie parapéritonéale (21 déc. 1891): incision verticale, partant des dernières fausses côtes, à environ 2 centimètres en dehors du bord externe du grand droit. Le péritoine facilement décollé, on luxe pour ainsi dire le rein, qui paraît parsemé de tubercules et de granulations. Ligature en masse du pédicule; l'organe est enlevé sans difficulté, sans hémorrhagie. Suture à deux étages. Pansement.

Examen de la pièce. — Rein volumineux, offrant une tumeur mollassée à sa partie inférieure, et qui, incisée, laisse écouler du sang mêlé d'un pus grumeleux; la surface

présente des tubercules lenticulaires. A la section, cavernules déchiquetées, renfermant une matière caséuse, mais pas de calculs. En somme, c'est le rein caverneux tuberculeux de Le Dentu.

Mort le 9 février 1892, deux jours après sa sortie de l'hôpital. Pas d'autopsie.

CONCLUSIONS

I. — Les résultats immédiats et éloignés de la néphrectomie pour tuberculose rénale varient naturellement, suivant que la tuberculose est localisée au rein, ou qu'elle s'accompagne d'autres manifestations bacillaires.

II. — D'après nos relevés statistiques, la néphrectomie pour tuberculose rénale doit toujours être considérée comme une opération grave. Nous trouvons, en effet, qu'elle donne une mortalité opératoire de 27,8 %.

33,5 % des cas mortels sont attribuables à des complications relevant de la bilatéralité de la lésion.

21,8 % sont dus au shock, qui a été plus particulièrement signalé après la néphrectomie par la voie abdominale. Aussi, conseillons-nous exclusivement avec la plupart des chirurgiens et avec notre maître, M. le professeur Poncet, la voie parapéritonéale que nous avons vu suivre à la clinique (Poncet, Jaboulay).

2 % environ à l'hémorrhagie.

2 % à la septicémie.

Enfin, 11 % des opérés ont succombé à la tuberculose généralisée dans la première année après l'opération.

III. — La néphrectomie secondaire, c'est-à-dire ayant succédé à la néphrotomie, est un peu moins grave; ce qui nous paraît devoir être attribué à un diagnostic plus précis, relatif à l'état de l'autre rein.

IV. — La néphrectomie peut cependant procurer au malade une longue survie et la guérison être considérée comme définitive. D'après nos résultats, la guérison se maintient depuis :

Un an	dans 12 cas.
Deux ans	— 6 —
Trois ans	— 6 —
Quatre ans	— 7 —
Cinq ans	— 1 —
Six ans	— 3 —
Huit ans.	— 2 —

V. — La guérison s'est opérée avec une fistule dans 17,5 % des cas. Cette fistule fut temporaire dans 17,7 % et définitive dans 5,8 %. Dans ces dernières observations de fistule persistante, il s'agissait très probablement d'une urétérite tuberculeuse étendue. Nous sommes d'autant plus disposé à accepter cette complication post-opératoire, que les auteurs s'en étant peu préoccupés, en dehors de la communication faite au dernier Congrès de chirurgie par M. Tuffier, et de l'observation de M. Reynier, qui dut, après la néphrectomie, pratiquer une

urétérectomie, nous ne voyons pas d'autre explication plus plausible.

Dans une observation inédite de M. le professeur Poncet, ce chirurgien a également enlevé la totalité de l'uretère droit chez une jeune fille que nous avons examinée, et à laquelle il avait pratiqué l'ablation du rein droit tuberculeux deux ans et demi auparavant.

VI. — La néphrectomie dans la tuberculose rénale a ses indications d'autant plus nettes, que la lésion est localisée au rein et que l'opération est pratiquée à une date plus rapprochée du début.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN,

L'assesseur,

A. GAYET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN : Bulletin médical, mai 1891.
BAKER : Brit. med. J., 1881.
BARDENHEUER : Mitteilungen aus dem köeluer Bürgerhos-
pital, 1890.
BARWELL : Brit. med. J., 1881.
BRODEUR : Th. de Paris, 1886.
BRISAUD : Gaz. hebdomadaire, 1886.
BUREAU : Th. de Paris, 1890.
CAHEN : Deustch. med. Woch., 1892.
CAYLA : Th. de Paris, 1887.
CLARK : Glasc. med. J., 1887.
COFFIN : Th. de Paris, 1890.
CZERNY : Cent. für Chirurg., n° 45, 1879.
DICK : Sem. médicale, 1889, p. 181.
DICKINSON : On renal and urinary affections, 1885.
DOUILLET : Th. de Lyon, 1887.
DOYEN : Semaine médicale, 1889, p. 295.
DUDON : Mém. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux,
1889.
DUMUR : Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1889.
DURAND-FARDEL : Th. de Paris, 1886.
ELDER : Lancet, 1882.
FRANZALINI : Gaz. med. di Turino, 1885.
FACKLAM : Archiv. für Klin. Chir., 1893, t. XLV, p. 715.

- GAULTIER : Th. de Paris, 1882.
GILL-WYLIE : Revue de chirurgie, 1884.
GOLDING-BIRD : Lancet, 1882.
GOODHART : Med. Times and Gaz., 1882.
GUILLAUD : Th. de Lyon, 1890, n° 523.
GUYON : Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1888.
HEATH : Brit. med. J., 1882.
HEYDENREICH : Sem. médicale, juillet 1893.
ISRAËL : Deutsch. med. Wach., 1890, n° 31.
JOWERS : Lancet, 1884.
KIDD : Med. Times and Gaz., 1883.
KOERTE : Berlin. Klin. Woch., 1891.
KUESTER : Berlin. Klin. Woch., 1888 et 1890,
LANCEREAUX : Sem. médicale, 1891.
LANGE : Med. New., 1886.
MADELUNG : Archiv. für Klin. Chir., 1891.
MANDACH : Cent. für Chir., 1884, n° 35.
— Corresp. f. Schweiz Aerzte, 1884.
MATLAKOWSKI : Gaz. Lekarska, 1888.
MARTIN : Berlin. Klin. Woch., n° 24, 1890.
MAY : Brit. med. J., 1883.
MAC-CORINAC : Lancet, 1890.
MONOD : Ann. des mal. des org. gén.-urin., nov. 1889.
OLLIER : Semaine médicale, 1883 et 1885.
— Revue de chirurgie, 1885.
O'REILLY : Brit. med. J., 1883.
PALMER : Med. News., 1883.
PETERS : New-York med. J., 1872.
POLAILLON : Ann. des org. gén.-urin., janv., 1892.
RAFFA : Cent. f. Chirurgie, 1881.
REPIN : Bulletin de la Soc. anatom., 1892.
REYNIER : Bulletin de la Soc. de chirur., mars 1893.
RIS : Beit. zur Kl. Ch., 1890.
ROBINEAU-DUCLOS : Th. de Paris, 1891.
SCHNELLER : Th. de Paris, 1891.
SCHUCHARDT : Vingtième Congr. de la Soc. allem. de chir.,
1891.
SCHMIDT : Münch. med. Woch., 1892.
TERRILLON : Ann. des mal. des org. gén.-urin., 1888.
THIRIAR : Revue de chirurgie, 1888.

THOMAS : Th. de Paris, 1891.

THORNTON : Lancet, 1882. Medico-chirur. Transact.,
t. LXXII.

TSCHERNING : Cent. f. Chir., 1884, n° 42.

TUFFIER : Arch. de médecine, mai 1892.

— Gaz. hebdomad. de M. et de C., déc. 1892,

— Traité de chirur., de Duplay et Reclus, t. VII.

— Communication au Congrès de chirurgie, 1893.

— Bulletins de la Soc. anatom., 1891 et 1893.

VECCHI : Centr. f. Chirur., 1883.

VERNEUIL : Revue de chirur., 1886.

VIGNERON : Th. de Paris, 1892. Gaz. des hôpit., juin 1893.

VON MURALT : Corresp. bla. für Schw. Aerzte, 1887.

WHIPPLE : Lancet, 1890.

WRIGHT : Brit. med. J.
